

Nr 107/97

Nazwisko

Wiek 25 lat

Dzień śmierci
25.10.1997r.

Sekcjonowany
u godzin
po śmierci
Sekcja mózgu
28.11.1997r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

- | Alkohol | Formol |
|--|--------|
| 1.okol.czołowa l. | |
| 2.zwoje podsta-
wy l. | |
| 3.wzgórze l. | |
| 4.skroń z amo-
nem l. | |
| 5.okol.central-
na l. | |
| 6.okol.ciemie-
niowa l. | |
| 7.okol.potyl.l. | |
| 8.śródmózgowie | |
| 9.most | |
| 10.opuszka | |
| 11.mózdzek l. | |
| 12.fragment ognis-
ka z okol.czołowej
p. | |
| 13.okol.potyl.p.
z ogniskiem | |

Użyte metody barwienia
Hematoksylina i eozy-
na, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zespół nabytych niedoborów odporności.
Ropnie mózgu i obrzęk mózgu /prawdopodobnie
o etiologii toksoplazmozowej/. Zapalenie
płuc. Przebyta gruźlica płuc. Grzybica prze-
wodu pokarmowego. Padaczka w wywiadzie.
Uzależnienie mieszane.

Rozpoznanie anatomiczne

Dwa rozległe ogniska patologiczne w obrębie
prawej półkuli: w okolicy czołowej i poty-
licznej. Chłoniak?

Rozpoznanie histologiczne

Lymphoma malignum multifocale.
HIV-encephalitis.


Prof.dr hab.med. M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności. Ropnie mózgu i obrzęk mózgu (prawdopodobnie o etiologii toksoplazmowej). Zapalenie płuc. Przebyta gruźlica płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Padaczka w wywiadzie. Uzależnienie mieszane.

Badanie neuropatologiczne: W całym ośrodkowym układzie nerwowym występują liczne grudki mikroglejowo-makroglejowe, raczej rzadko z domieszką komórek typu histiocytarnego. Morfologia grudek jest zróżnicowana co do rozmiarów, bogactwa i składu komórkowego, stosunku do otoczenia i stanu podłoża tkankowego. Stosunkowo częste są luźne zagęszczenia mikrogleju, nierzadko rozlewające się na większe obszary, ich podłoże jest dobrze zachowane. Stosunkowo rzadsze są bogatokomórkowe, ściśle ograniczone grudki położone również na ogół na niezmiennym podłożu, choć niekiedy dostrzega się jego dezintegrację. Najrzadziej występują bogatokomórkowe zbite układy grudkowe położone na uszkodzonym podłożu i złożone przede wszystkim z histiocytołów. Grudki te leżą niekiedy luźno w tkance, niekiedy w powiązaniu z naczyniami. Występują w strukturach białych i szarych, chyba z przewagą pierwszych. Bardzo rzadko towarzyszy im odczyn hematogeny. W znacznej części grudek występują wielojądrowe komórki olbrzymie, zwracające uwagę zróżnicowaniem rozmiarów. Niektóre są wręcz małe, a ich wyróżnikiem jest mnogość jąder i układ chromatyny. Komórki te występują również poza grudkami, w niezmiennionej tkance, nierzadko, choć daleko nie zawsze w sąsiedztwie naczyń. Spotyka się je w utkaniu mózgowia i poza nim np. w oponach. Cechą zasługującą na uwagę są klastery komórek olbrzymich położonych np. w korze potylicznej. Spotkano jedną komórkę olbrzymią, której morfologia mogłaby sugerować cytoplazmatyczną zawartość trofozoitów.

Drugim elementem obrazu histopatologicznego przypadku są opisane w badaniu makroskopowym twory guzowate położone w okolicy czołowej i potylicznej półkuli prawej. Ogniska te mają podobną strukturę i zbudowane są z gęstej populacji komórek limfoidalnych o zróżnicowanej morfologii. Znaczną część utkania guza

zajmują rozległe pola martwicy skrzepowej, częściowo pokrytej drobnoziarnistym, hiperchromatynowym detrytem. W masach martwicy prześwitują martwicze naczynia krwionośne. Znamionym elementem utkania komórkowego jest jego angiometryczność. Przy czym naczynia otoczone są na ogół komórkami limfoidalnymi o bogatochromatynowym jądrem. W mozaikowatych polach pomiędzy naczyniami populacja komórkowa jest luźniejsza, składają się na nią komórki większe z widoczną cytoplazmą i większymi "jaśniejszymi" jądrami z wyraźnym niekiedy wrębami błony jądrowej; populacji komórkowej nierzadko występują rozsiane duże komórki z hiperchromatynowymi jądrami i szerokim rąbkiem kwasochłonnej cytoplazmy. W obu populacjach komórkowych widoczne są liczne figury podziałowe. W utkanu nowotworowym nierzadko spotyka się wielojądrowe komórki nowotworowe typu HIV. Na odrębną uwagę zasługuje przejście nowotworu w utkanie tkanki nerwowej różniące się od siebie w obu okolicach. Guz okolicy czołowej przechodzi w tkankę w postaci typowego rozrzedzającego się rozproszonego utkania ze stosunkowo nielicznym ogniskiem angiocentrycznym. Przechodzi on w tkankę z wyraźnymi cechami obrzęku (szerokim pasmem zblednięcia i uszkodzenia usłonek mielinowych i z bardzo licznymi przerosłymi gemistocytami(?)). Guz w okolicy potylicznej częściowo zachowuje się podobnie, jednakże jeden rozległy fragment pola martwicy i aktywnego guza otoczony jest włóknistą, ziarnopodobną strukturą, na zewnątrz od której położony jest rozległy obszar demielinizacji z widocznymi luźnymi i przynacyniowymi makrofagami. W polu tym przechodzącym zresztą na sąsiadujące fragmenty kory, pozbawionej neuronów lub zawierającej ich formy zwyrodniałe, widoczne są niezwykle liczne, bardzo duże gemistocyty. Nie zawierają one "blastomatycznych" jąder i z trudem możnaby w tym polu dostrzec nieprawidłowe, powiększone jądra oligodendrocytów, sugerujące współistnienie infekcji papowa. W małym powiększeniu obraz mikroskopowy sugeruje w tym miejscu raczej obecność ogniska naczyniopochodnego obejmującego korę i istotę podkorową w bezpośrednim sąsiedztwie guza.

Rozpoznanie neuropatologiczne: HIV-encephalitis. Lymphoma malignum, multifocale.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 107/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko Data zgonu 25.10.1997r
Wiek 25 lat Data sekcji ogólnej 27.10.1997r
Data sekcji mózgu 28.11.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytych niedoborów odporności. Ropnie mózgu i obrzęk mózgu /prawdopodobnie o etiologii toksoplazmowej/. Zapalenie płuc. Przebyta gruźlica płuc. Grzybica przewodu pokarmowego. Padaczka w wywiadzie. Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1270 g

Symetria niesymetryczny, prawa półkula większa od. lewej.

Zniekształcenia prawy biegun czołowy uszkodzony przy wyjmowaniu - początek ogniska
rowki zaniki
zakręty

Opony bardzo przekrwione

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W prawej półkuli mózgu w obrębie płata czołowego prawego począwszy od bieguna czołowego prawie do początku wzgórza rozległe ognisko o dość regularnym kształcie obejmujące 2/3 dolne istoty białej płata czołowego nie przekraczające granicy kory po stronie przyskródkowej i bocznej. Zmniejsza się ono w kierunku tylnym, ale zajmuje również zwoje podstawy. Centralna część ogniska o wzmożonej spoiwości, jego obrzeże - o obniżonej konsystencji i pstrym zabarwieniu. Ognisko o podobnym charakterze widoczne jest także w płacie potylicznym prawym. Rozpoczyna się ono w obrębie bieguna potylicznego i kończy również w płacie potylicznym. W obrębie bieguna potyl. zajmuje również korę.

Mózdżek Istota biała prawej półkuli bardzo znacznie poszerzona, komora boczna prawa przemieszczona w kierunku drugiej półkuli, zaciśnięta /szczelinowata/.

Rdzeń Pień mózgu /opuszka ścięta skośnie/ i mózdzek bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

, 25 lat, narkomanka

Przyjęta 05.09.1997r
zmarła 25.10.1997r.

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytych niedoborów odporności.
Ropnie mózgu i obrzęk mózgu /prawdopodobnie o etiologii toksoplazmowej/. Zapalenie płuc. Przebyta gruźlica płuc.
Grzybica przewodu pokarmowego.
Padaczka w wywiadzie.
Uzależnienie mieszane.

Od kwietnia 1997 przebywała w hospicjum na Poborzańskiej, nie sprawiała większych kłopotów. Leki przyjmowała zgodnie z kartą internistyczną. Przed ok.tygodniem miała napad drgawkowy z utratą przytomności i być może urazem głowy /spadła z łóżka/. Od tego czasu zmieniła na, skargi na bóle głowy, spowolniona, wyraźna asymetria ust.

Przedmiotowo: stan przy przyjęciu średni, skóra na kończynach z licznymi śladami po wkłuciach. Węzły chłonne obwodowe liczne wyczuwalne wzdłuż mięśnia m.-s.-o. oraz w obu dołach pachowych. Na śluzówkach jamy ustnej liczne zmiany grzybicze. Nad całymi polami płucnymi pojedyncze świsty i rżenia grubobańkowe. Czynność serca miarowa, 90/min., RR 110/60. Tętno dźwięczne. Brzuch miękki, niebolesny, wątroba wystaje na ok.3cm. poniżej łuku żeberowego.

Neurologicznie: porażenie centralne n.VII prawego, poza tym b.z. Objawy oponowe \emptyset , dno oczu bez zmian. Spowolniała, kontakt logiczny zachowany.

W trakcie pobytu nasilające się zaburzenia mowy, skargi na bóle głowy, nasilenie się grzybicy jamy ustnej. Objawy zapalenia płuc potwierdzone radiologicznie, w wyniku leczenia uzyskano tylko niewielką poprawę. W końcu pierwszej dekady października pojawiła się biegunka, nie gorączkowała. Stan ogólny ulegał stałemu pogarszaniu w EKG stwierdzono objawy niedokrwienne. W końcowym okresie pojawił się sztywność karku i nierówność źrenic /p>1/. Zmarła Wśród objawów niewydolności krążenia.

CD4 59, CD8 613 /początek września 1997/. p/c toxo 1:320

Wynik sekcji ogólnej: /27.10.97. dr med. Z.Kamiński/:

Bronchitis muco-purulenta bilateralis.
Degeneratio steatotica/ focalis hepatis.
Atrophia gl.suprarenalium.